

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 112

LES
INCISIONS ESTHÉTIQUES
DANS L'EXÉRÈSE DES TUMEURS BÉNIGNES
DU SEIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Février 1932

PAR

Gabriel-Victor-Marie MOREL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à TOULON (Var), le 8 octobre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 114

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COMMOTION CÉRÉBRALE TRAUMATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Février 1932

PAR

Louis-Vincent **LÊ-VAN-TRUOC**

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à SAÏGON (Cochinchine), le 8 novembre 1905.

Examineurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur,	Président.
BÉGOIN, professeur	Juges.
LOUBAT, agrégé	
BEAUVIEUX, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Clinique dentaire.....	DELGUEL.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN

PIERRE MEROUR

A MA FEMME

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES TROUPES
COLONIALES

A MONSIEUR LE DOCTEUR EMILE KERVERN

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

LES INCISIONS ESTHÉTIQUES

DANS L'EXERÈSE DES TUMEURS BÉNIGNES DU SEIN

Ce travail est composé de la façon suivante :

- 1° Historique, généralités sur les tumeurs bénignes du sein (classification);
- 2° Moyens thérapeutiques utilisés dans leur traitement;
- 3° Chirurgie et incisions esthétiques;
- 4° Observations.

Nous ne voulons pas terminer nos études sans adresser un respectueux hommage aux Maîtres de la Faculté et des hôpitaux qui nous ont instruit.

Nos remerciements iront particulièrement à M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous donner le sujet de ce travail et qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse.

HISTORIQUE

Le souci de l'esthétique en chirurgie se retrouve déjà dans la plus haute antiquité; ainsi voyons-nous qu'Hippocrate, en plaçant des agrafes, s'appliquait à un affrontement aussi parfait que possible pour « éviter la difformité que donne la cicatrice ».

De même, Celse, animé par un égal souci de rendre les traces de son intervention le moins apparentes possible, préconisait le fer, « afin que la cicatrice soit petite ».

Au ^{xix}^e siècle, Ambroise Paré écrivait : « Il est nécessaire que les cicatrices ne demeurent laides, car certaines craignent cet accident, surtout les belles demoiselles. »

Ce souci d'esthétique quant au traitement des tumeurs bénignes du sein ne semble pas beaucoup préoccuper nos classiques. Gosselin, Weber, Bœckel, employaient la méthode de l'intervention large, de la bonne incision, sans se préoccuper le moins du monde du souci esthétique. On peut juger du dégât des incisions longues, déformantes et mutilantes qui pouvaient résulter de ces interventions.

C'est pourquoi, dans ces dernières années, différents auteurs ont songé à faire des interventions plus esthétiques dans la chirurgie mammaire.

GENERALITES

Les tumeurs du sein présentant des caractères de malignité sont l'objet d'une extirpation radicale dont la technique a été maintes fois décrite. Nous n'aborderons pas l'étude clinique des tumeurs bénignes du sein, nous nous bornons à rappeler que le diagnostic de malignité ou de bénignité du nodule anormal pour lequel la malade consulte ne pourrait se faire de façon certaine que par la biopsie. Les tumeurs bénignes du sein, comme le vrai adénome ou le lipome, sont souvent enlevées avec gros délabrement, sans qu'on se préoccupe des résultats psychologiques ou esthétiques, qui restent pour la malade un perpétuel souci. Même à certaines tumeurs, comme la maladie kystique de Reclus ou la mammite noueuse de Phocas, en dehors d'une évidence réelle de malignité, on pourra très bien concéder un peu moins de sévérité dans la marche de l'opération. Mais il est un fait constant, c'est que, dans le doute, les mesures radicales doivent être adoptées. Une tumeur qui ne manifeste aucune évidence de malignité dans un examen sérieux avant l'opération n'en montre guère plus durant le cours de l'opération pour imposer une cure radicale immédiate. L'état précancéreux est décelé seulement par un examen microscopique anatomo-pathologique très attentif, et non par une inspection hâtive et rapide au cours de l'opération. Un cancer, à une période assez précoce pour défier une exploration manuelle soigneuse, aura son pronostic peu assombri par l'attente de l'opération radicale durant le peu de jours nécessaires pour établir un diagnostic sûr par l'examen anatomo-pathologique.

Ces dernières années, très peu d'exemples semblent s'appli-

quer à l'énorme adénome kystique, négligé et livré à sa progression jusqu'à ce que la glande mammaire tout entière, avec son enveloppe graisseuse, soit détruite malencontreusement. Une grosse tumeur écarterait vraisemblablement tout essai pour préserver même une image idéale de l'organe normal et serait une indication d'ablation. Egalement, les productions rares et de nature progressive et destructrices, comme la tuberculose, l'actinomycose et, peut-être, la gomme, exigent une extirpation de tout l'organe, avec la peau sous-jacente. Les considérations esthétiques doivent céder le pas aux nécessités du cas, et, ordinairement, une large intervention est nécessaire. Il reste une grande classe de tumeurs, de ce qu'on appelle les tumeurs bénignes, dans le traitement desquelles d'autres considérations que la seule cure du mal peuvent attirer l'attention.

L'adénome, étant une tumeur encapsulée, peut être effectivement enlevé par une incision en arc de cercle sur le côté inféro-externe du sein, l'organe entier étant renversé et la tumeur extirpée, ce après quoi le sein est replacé en position normale et la plaie suturée. Le kyste, par une simple incision en rayons de roue, pourra également être enlevé.

La plupart des cas, demandant une intervention limitée sur la mamelle, ont un caractère de bénignité. Ce caractère de bénignité qu'ils offrent tous est dû à ce fait anatomique et local : ils sont limités par une capsule fibreuse qui les isole de la glande et des tissus ambiants.

Les tumeurs bénignes du sein.

L'Ecole allemande, avec Virchow, avait lancé la notion de l'origine conjonctive de ces tumeurs bénignes; Lebert a démontré, au contraire, qu'elles ont leurs origines dans l'épithélium glandulaire. De fait, il est exceptionnel de rencontrer dans le sein des tumeurs conjonctives pures, et l'élément essentiel de ces tumeurs bénignes du sein (exception faite pour le galactocèle) c'est l'adénome.

Normalement, comme l'a démontré Cadiat, les acini ne se développent dans la glande que pendant la grossesse, et disparaissent quand cesse la lactation; s'ils persistent et s'accroissent en dehors de ces périodes (grossesse et lactation), ils constituent une tumeur adénoïde, dans laquelle persiste la disposition lobulaire.

Cette prolifération épithéliale, dans laquelle la membrane basale des acini n'est pas rompue, entraîne une réaction conjonctive d'intensité et de nature variables. C'est ainsi que l'on peut observer : l'adénome pur avec une simple enveloppe fibreuse; l'adéno-fibrome, qui traduit un degré plus intense de réaction conjonctive; à un degré plus fort encore, l'adénosarcome (qui est du domaine des tumeurs malignes); l'adénomyxome qui traduit l'évolution muqueuse du tissu conjonctif ambiant.

Au cours de l'évolution de l'adénome se produit le plus souvent dans celui-ci des points de dégénérescence kystique. Selon l'âge de leurs formations, ces kystes sont simplement microscopiques ou visibles plus ou moins bien à l'œil nu; leur contenu est de consistance et de couleur variables. D'autre part, la paroi des kystes peut bourgeonner, ce qui peut donner un aspect de kystes végétants. Ces kystes de la glande mammaire ont toujours leur point de départ dans des éléments glandulaires néoformés, et jamais dans les éléments normaux.

Il est logique de faire rentrer dans les tumeurs bénignes du sein deux affections, dans l'étiologie desquelles Delbet met en première place une infection atténuée, due au staphylocoque blanc et agissant à titre d'inflammation chronique. Cette inflammation chronique agit par un double processus : formation de kystes multiples; formation de multiples noyaux fibreux. Ce sont là les lésions des mammites scléro-kystiques, et selon qu'aura prédominé l'un ou l'autre des deux processus, on aura affaire soit à la maladie kystique de Reclus, soit à la mammite noueuse de Tillaux et Phocas.

On pourra également faire rentrer dans ces tumeurs d'ori-

gine inflammatoire le galactocèle, qui est, disent Lecène et Lenormand, « une tumeur liquide du sein d'origine inflammatoire, renfermant du lait plus ou moins altéré et développé dans la mamelle en lactation ». Pour Le Dentu et Delbet, le galactocèle se développe probablement aux dépens d'un canal galactophore, non pas, comme une simple varice du conduit, mais par un processus inflammatoire; il est possible (Cornil) qu'il ne soit qu'un abcès qui s'est ouvert dans un conduit galactophore, évacuant ainsi son contenu purulent, qui est alors remplacé par du lait.

Toutes ces affections chroniques du sein sont groupées par Geoffroy Keynes comme étant des manifestations diverses d'un même processus pathologique, pour lequel Cheatel propose la dénomination « Hyperplasie épithéliale desquamante ». Keynes fonde ce groupement sur le fait que les caractères histologiques suivants sont communs à toutes ces affections : « infiltration de cellules rondes (lymphocytes); réaction fibreuse, dilatations, évolution épithéliale en deux sens (desquamation et prolifération) et formation de papillome ». Rolleston, en 1924, avait proposé le terme de « Mazoplasia » pour dénommer ce processus.

Rappel anatomique.

Les interventions esthétiques sur le sein, nécessairement conservatrices, devront respecter le plus possible la vascularisation et l'innervation de l'organe. Un rappel de quelques notions anatomiques nous permettra de mieux juger du siège des incisions.

Le sein de la femme, essentiellement constitué par le développement de glandes sébacées qui se spécialisent, présente sous la peau un corps glandulaire développé dans le panicule adipeux. Le fascia superficialis laisse la glande en dehors et recouvre le tissu cellulaire sous-cutané. La peau du sein se continue avec celle de la poitrine d'une façon insensible en haut et en dedans; par contre, en dehors et en bas, un sillon

cutané marque la limite du sein; dans ce sillon, les incisions laisseront des cicatrices que l'on remarque peu. Dans le péricule adipeux circulent autour du mamelon, d'une façon radiée, les conduits galactophores, d'où la nécessité de la disposition radiaire des incisions centrales. La glande, développée au-dessus du fascia superficialis, est soutenue par des formations fibreuses, unissant sa capsule au derme, d'une part, au fascia, d'autre part, lequel fascia, inséré sur la clavicule, est le principal organe suspenseur du sein.

Sous le fascia se trouve un tissu cellulaire, dense chez les jeunes filles (rattachant le fascia superficialis à l'aponévrose du grand pectoral), et plus ou moins lâche à mesure que la femme avance en âge.

L'irrigation sanguine de la glande est fournie par les deuxième, troisième, quatrième et cinquième branches perforantes de la mammaire interne; par des branches descendantes de l'acromio-thoracique; par de petites branches des intercostales et, surtout, par la thoracique inférieure ou mammaire externe, branche de l'axillaire. Chaque artère, abordant la glande, se partage en deux séries de branches; les unes superficielles se dirigeant vers le mamelon, les autres passant profondément dans le corps glandulaire.

Le sein tire son innervation des branches sous-cutanées descendantes du plexus cervical superficiel et des branches latérales et antérieures des 2° et 6° nerfs intercostaux; les 4°, 5° et 6° nerfs intercostaux innervent plus spécialement le corps glandulaire.

LES METHODES CLASSIQUES D'EXERESE DES TUMEURS BENIGNES DU SEIN

Différentes méthodes ont été employées :

I. — Méthodes qui ont pour but d'amener la résorption de la tumeur.

Deux moyens ont été utilisés.

- a) Moyens médicaux;
- b) Moyens chirurgicaux.

Les moyens médicaux ont de tout temps été employés contre les tumeurs du sein. Stork préconisait la ciguë comme panacée du cancer. Lebert recommandait l'emploi des sels iodurés à l'intérieur, surtout sous forme d'iodure de potassium et, s'il y avait des troubles menstruels, il conseillait d'y adjoindre le sirop d'iodure de fer. On devait aider l'action de ces médicaments internes par des frictions résolutive de pommades dont l'iodure de fer et l'iodure de plomb formaient la base. Si, malgré l'usage plus ou moins prolongé de ces onctions, on n'arrivait à aucun résultat manifeste, il fallait avoir recours aux mercuriaux en frictions, employés sous la forme d'onguent mercuriel simple ou double. On complétait l'action résolutive de ces moyens thérapeutiques en tenant le sein au chaud soit à l'aide de flanelle, soit par d'autres moyens appropriés.

Des moyens d'ordre physique ont été également utilisés : Lebert préconisait, surtout contre les petites tumeurs récentes, l'emploi de douches locales chaudes, lancées avec force

sur la région malade, pendant longtemps : dix à quinze minutes au moins.

Les massages, préconisés aussi, nous paraissent dangereux. La diathermie et les rayons ultra-violetés ont montré de l'efficacité dans bien des cas. Enfin, de la radiothérapie on pourra attendre un arrêt du processus morbide.

Tous ces moyens ne constituent en somme qu'un moyen palliatif, et leur usage ne pourra guère faire plus que soulager l'intensité de la douleur. Ces moyens médicaux et physiques n'influenceront pas davantage, de façon appréciable, la présence d'un adénome ou d'un fibro-adénome. Ce traitement palliatif aurait l'avantage de satisfaire la patiente, lui montrant que l'opération appréhendée n'est pas entreprise à la légère.

Les moyens chirurgicaux qui peuvent amener la résorption de la tumeur sont multiples. Quelques-uns ne sont applicables que dans certaines conditions données et ne s'adressent qu'à des cas tout à fait particuliers; leur importance est plutôt historique que pratique. Ces différents moyens sont le broiement et le morcellement sous-cutané, les injections irritantes interstitielles et la compression.

L'écrasement des tumeurs et leur broiement constituent une méthode au moyen de laquelle on a la prétention de faire résorber les tissus morbides. L'écrasement se pratique en comprimant la tumeur, à travers la peau, avec assez de violence pour produire des ruptures multiples dans son intérieur. Le broiement se fait à l'aide d'un ténotome, qui est introduit obliquement sous la peau et dirigé de telle façon que l'on divise le tissu morbide en tout sens. Dans les deux cas, le but que l'on a voulu atteindre a été de diviser en morceaux plus ou moins petits la masse néoplasique. Il en résulterait un morcellement, une attrition de la tumeur suffisante pour détruire la vitalité de quelques parties, modifier la nutrition des autres, de telle sorte que, la résorption l'emportant sur l'apport nutritif, la tumeur diminuerait de volume et disparaîtrait.

Les injections irritantes interstitielles procèdent du même principe que le précédent; il s'agit d'amener dans le tissu morbide une irritation suffisante pour que la destruction, puis la résorption de la tumeur puissent s'effectuer.

L'emploi de la compression a été très peu utilisé, sauf dans les cas d'hypertrophie simple de la mamelle. D'une façon générale, l'appareil que l'on employait se composait de deux parties : 1° du disque compresseur, qui, reposant sur la tumeur, lui transmet la pression du bandage; 2° d'un bandage proprement dit, devant entourer toute la poitrine.

II. — Méthodes qui ont pour but l'ablation de la tumeur.

Deux méthodes sont employées : la méthode non sanglante et la méthode sanglante.

Les méthodes non sanglantes sont assez nombreuses. Divers procédés ont été utilisés. Ce sont : la cautérisation, la galvanocaustie, l'écrasement linéaire et la ligature élastique.

La cautérisation se divise elle-même en cautérisation en nappe et en cautérisation linéaire.

La cautérisation en nappe attaque directement la tumeur, suivant le procédé de M. Mance, fondé sur l'action supposée élective de l'arsenic sur le tissu cancéreux; le procédé de Landolfi, qui repose sur la même action, attribuée au chlorure de brome et au chlorure d'or; enfin Velpeau a essayé le caustique sulfo-safrané.

La cautérisation linéaire cerne la tumeur, c'est une sorte d'extirpation, dans laquelle le caustique remplace le bistouri. C'est surtout Gérard de Chartres qui l'a utilisée, suivant un procédé tout particulier et très ingénieux. Il pédiculait préalablement la tumeur et détruisait ensuite le pédicule par les caustiques; il se servait pour cela de tiges d'acier courbes, destinées à embrasser la tumeur à sa base par leur partie moyenne concave, ces tiges étant réunies aux deux bouts par des vis, qui les écartaient ou les rapprochaient à volonté. Voici d'ailleurs comment il procédait : la tumeur étant sou-

levée avec les doigts et écartée le plus possible des muscles sous-jacents, il appliquait les deux tiges parallèlement au grand axe de la tumeur et il les rapprochait avec les vis, de façon que les deux branches de l'instrument s'engagent sous la tumeur. La tumeur étant alors bien pédiculée, il appliquait sur ce pédicule une couche de caustique de Vienné (5 parties de potasse pour 6 de chaux vive); il resserrait les tiges, pour étreindre davantage le pédicule; puis, incisant l'escharre formée, il réappliquait une nouvelle couche de caustique de Vienne, et ainsi plusieurs fois de suite. Alors le bistouri détachait sans peine les débris du pédicule que le caustique avait laissés.

On a également utilisé la cautérisation en flèches, qui consiste à séparer la tumeur des tissus sains par une série de clous caustiques, enfoncés de façon à cerner les parties malades.

L'écrasement linéaire, la ligature élastique et le galvanocautère sont des méthodes tout à fait secondaires.

Ces différents moyens ont un très gros inconvénient; c'est qu'ils amènent une perte de substance considérable et une cicatrice étendue et très longue à se faire.

Les méthodes sanglantes consisteront en l'extirpation de la tumeur par le bistouri.

L'opération par le bistouri peut être partielle et ne comprendre que la tumeur elle-même, isolée de la glande, ou totale et intéresser toute la glande mammaire en même temps que la tumeur. Dans le plus grand nombre des cas, la tumeur bénigne glisse dans la glande mammaire, une incision convenablement dirigée permet l'énucléation de la tumeur. L'on peut alors espérer une réunion par première intention ou tout au moins une réunion secondaire rapide. La cicatrice qui succède à une pareille opération est linéaire, et l'on connaît l'importance de ce détail, lorsqu'il s'agit de femmes jeunes, et sur lesquelles les considérations de coquetterie, surtout à notre époque, ont une si grande influence.

LES DIFFERENTES INCISIONS ESTHETIQUES UTILISEES DANS L'EXERESE DES TUMEURS BENIGNES DU SEIN

Suivant le siège et la grosseur de la tumeur, différentes incisions ont été préconisées. Elles se résument :

- 1° l'incision en rayons de roue;
- 2° l'incision intra et péri-aréolaire complète ou incomplète;
- 3° l'incision horizontale dans le sillon sous-mammaire et les incisions inférieures, qu'on peut considérer comme des modalités de cette dernière.

L'incision en rayons de roue part du mamelon et se dirige à la périphérie du sein sur une longueur variable. C'est l'incision la plus simple, donnant accès sur des tumeurs de moyen volume. Elle présente l'avantage anatomique de suivre la disposition radiée des canaux galactophores et de préserver le plus possible les vaisseaux. Elle permet une vue large sur la glande mammaire, que l'on ouvre comme un livre. Contrairement à ce qu'on pourrait croire *a priori*, la cicatrice qu'elle laisse devient rapidement très peu visible. C'est un fait d'observation.

Le seul inconvénient de cette incision serait parfois, dans les gros seins, la longueur de la cicatrice.

L'incision intra et péri-aréolaire complète ou incomplète suit le pourtour de l'aréole tout en restant dans celle-ci; sa position centrale en fait une voie d'accès sur toutes les parties de la glande. La cicatrice qui en résulte est d'une qualité remarquable, et, la plupart du temps, elle devient invisible très rapidement.

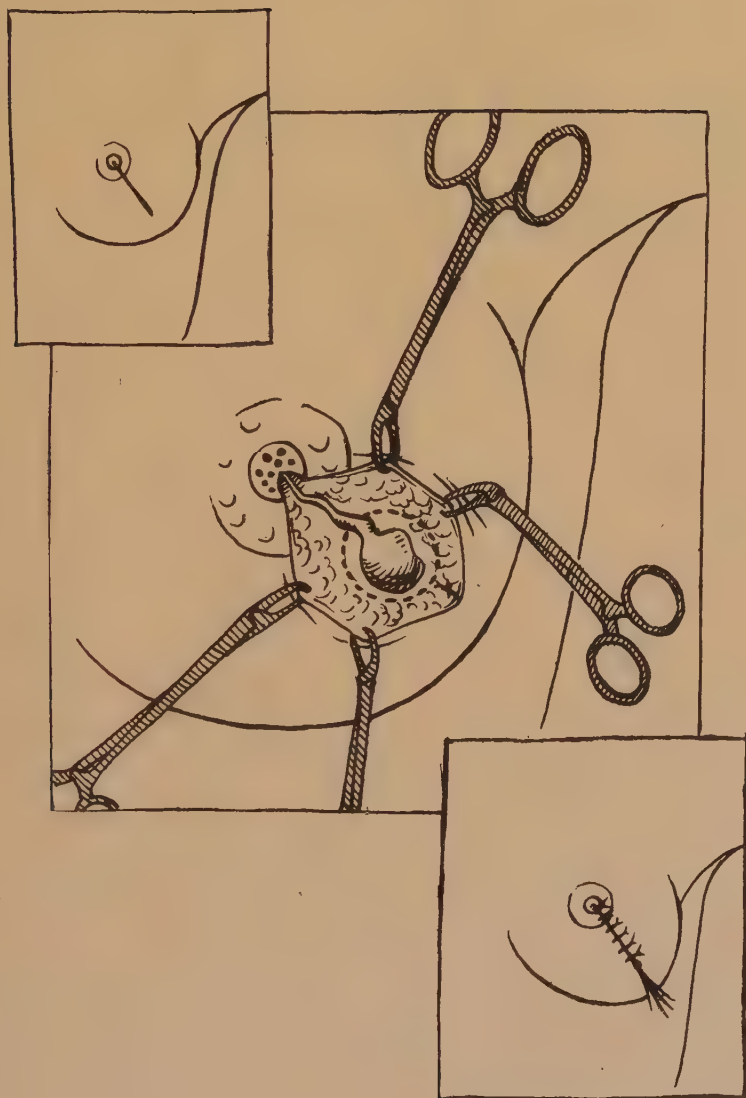


FIG. 1. — INCISION RADIAIRE.

Figure schématique montrant l'opération économique, non mutilante dans un cas de tumeur bénigne végétante intracanaliculaire, limitée à un seul galactophore..

(D'après Lecène et Galtier.)

La pratique de cette incision appelle quelques commentaires importants : il est incontestable qu'elle a l'avantage de donner un jour considérable : si, par exemple, elle circonscrit une aréole de 3 centimètres de diamètre, on observe que, dès que la peau est libérée, l'incision se transforme en

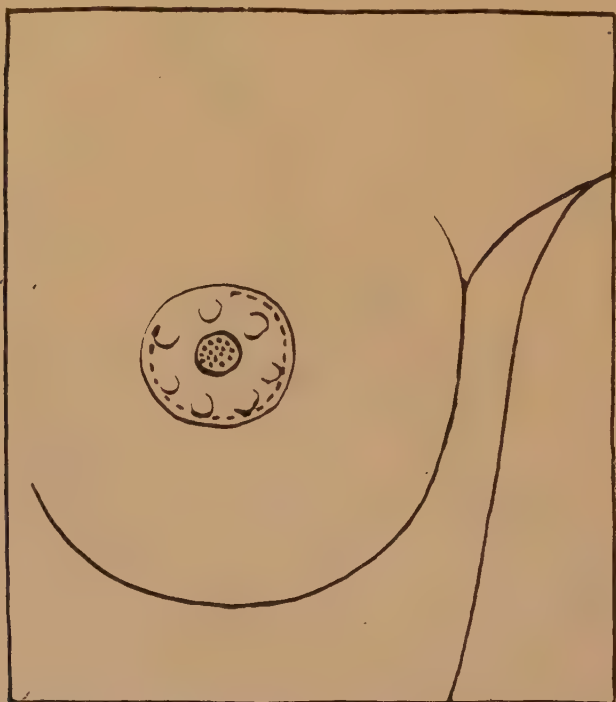


FIG. 2. — Incision péri-aréolaire.

une couronne large de plus de 2 centimètres tant est marquée la rétraction. Si à l'incision on ajoute un décollement sous-cutané, on voit la plaie s'agrandir encore et permettre toutes les manœuvres d'exploration et d'extirpation. En contrepartie de cet avantage, on a peut-être à craindre le sphacèle du mamelon et de son aréole. Il semble bien pourtant que cet accident n'est pas à craindre quand on a le soin de laisser au mamelon un pédicule profond intact et si, d'autre part, on pratique avec grand soin l'hémostase, pour éviter les

hématomes. On peut même laisser à l'aréole un pédicule cutané (incision péri-aréolaire incomplète).

Cette incision péri-aréolaire pourra être suivie d'un déplacement ou transposition du mamelon si le besoin esthétique s'en fait sentir, par exemple dans le cas de ptose mammaire.

L'incision péri et intra-aréolaire est l'incision de choix pour l'ablation des petites tumeurs facilement accessibles, la cicatrice qui en résulte disparaissant toujours; elle n'est pas utilisable dans les cas de tumeurs d'un certain volume ayant occasionné un gros délabrement dans la glande.

Les incisions horizontales ont pour but de dissimuler la cicatrice qui en résultera dans le sillon sous-mammaire et de donner accès sur la glande soit par sa face antérieure, soit par sa face profonde.

Le siège de cette incision est évidemment celui qui respecte le mieux la vascularisation de l'organe; et ceci correspond au siège d'élection, envisagé du point de vue plastique.

Après une incision qui longe le pli sous-mammaire, il est possible d'avoir accès sur la face antérieure de la glande en décollant le revêtement cutané; il importe alors de laisser adhérent à la peau le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, qui, contenant les vaisseaux superficiels, assure la nutrition de celle-ci. En respectant cette condition, on peut aller chercher par cette voie une tumeur située même dans la partie supérieure de la glande.

Cette incision est utilisée surtout dans les procédés d'extirpation qui comportent le rabattement du sein : après avoir incisé la peau, on clive la face profonde du corps glandulaire en rasant le plus possible celui-ci; ce faisant, on sectionne quelques rameaux artériels, dont il est important d'assurer une bonne ligature, et le sein tout entier est rabattu en haut, montrant sa face profonde, que l'on incise pour découvrir et extirper les formations anormales que l'on veut enlever.

Ce procédé convient également lorsque l'ablation de toute la glande est nécessaire. Dans ce cas, le souci esthétique exige la conservation la plus grande possible du tissu adi-

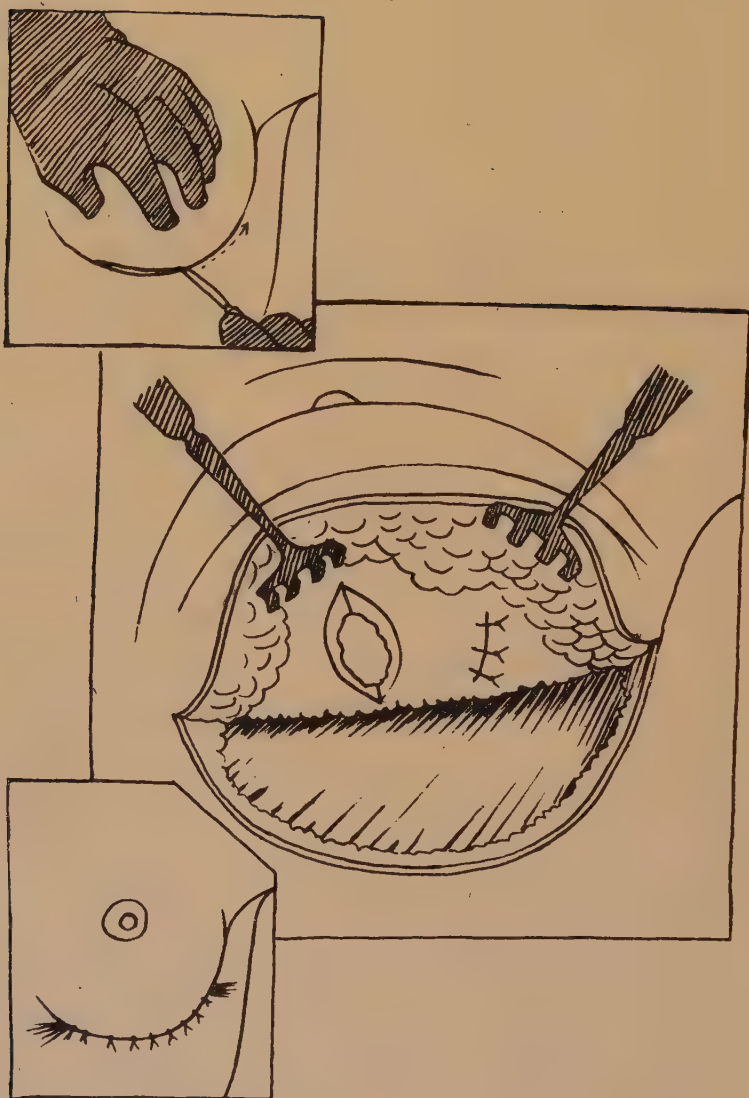


FIG. 3.

Figure schématique montrant l'incision arciforme sous-mammaire qui permet de relever le sein, de disséquer par leur face profonde et d'exciser deux dilatations kystiques intraglandulaires.

(D'après Lecène et Galtier.)

peux, ce qui est conforme à la nécessité qu'il y a de conserver, avec ce tissu, les vaisseaux qui irriguent la peau. La portion de tissu située entre le mamelon et le corps est soigneusement ligaturée à sa jonction avec le corps glandulaire. Une suture en bourse est quelquefois nécessaire pour empêcher l'invagination du mamelon, et quelques sutures seront utiles pour grouper les restes fibreux et graisseux, à l'image d'un sein normal. Un petit drainage de vingt-quatre heures est quelquefois nécessaire.

Warren utilisait le même procédé, à cela près que son incision, au lieu d'être inférieure et horizontale, était inféro-externe (dans le sillon), surtout développée sur le côté externe; son incision était presque verticale.

Lecène et Galtier emploient l'incision arciforme sous-mammaire exactement placée dans le pli normal; puis ils relèvent la glande mammaire, en prenant leur plan de clivage sur le grand pectoral, tendu par l'abduction du bras.

Greenwood a adopté une incision en arc de cercle située à la partie inféro-externe du sein, non plus dans le pli même du sillon, mais en pleine peau du sein, et distante de 2 centimètres environ de la ligne du sillon. Les avantages qu'il expose sont : vitalité plus grande de la peau; plus grande accessibilité vers les portions supérieures et internes de la glande; et cicatrice tout aussi bien dissimulée que celles résultant d'incisions faites sur la ligne du sillon.

Une place à part doit être faite à la conservation du mamelon, à laquelle les patientes attachent, en général, une grande importance. Les tumeurs bénignes du sein ne l'intéressent jamais; même les kystes développés à partir des canaux galactophores ne se produisent que dans la portion des canaux située entre la musculature du mamelon et les acini. Dans l'extirpation des tumeurs non malignes, le sacrifice du mamelon serait donc plus que regrettable : il serait inutile...

En somme, l'incision horizontale possède un très gros avantage : la cicatrice sera très peu visible; de plus, il n'existera pas de cicatrices entre l'aréole et le sillon. Cependant, il y

aura parfois obligation de prolonger très loin l'incision dans l'aisselle et sur la gorge; de plus, il y aura formation d'un sein plat, par impossibilité de la création d'un nouveau sillon sous-mammaire, et, pratiquement, disparition de la gorge.

Dans l'incision radiaire, au contraire, après extirpation de la tumeur et modelage de la glande, la peau se moule exactement sur ce modelage, et persistent le sillon sous-mammaire et la gorge. Dans les tumeurs haut placées l'incision péri-aréolaire permet une réfection complète de la glande par transport du mamelon, suivant la méthode des Docteurs Dartigues et Claoué.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Mme X... entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du sein gauche.

Elle a constaté, depuis quelques années, que le sein gauche augmentait de volume au moment des règles.

Début des accidents douloureux il y a quelques jours par des douleurs assez intenses à type de brûlure siégeant dans le sein gauche et survenant spontanément. L'intensité de ces douleurs augmentant dans les jours qui suivent, cependant qu'elles s'irradient dans la portion cubitale du bras gauche, en raison de ces douleurs, la malade palpe son sein et constate une tuméfaction légèrement douloureuse et présentant, paraît-il, le volume qu'elle a actuellement. Pas d'écoulement de sang par le mamelon, pas de douleur dans l'autre sein.

Examen. — La malade étant couchée dans son lit, on voit, par comparaison avec le sein droit, le sein gauche plus volumineux, soulevé au-dessus du mamelon par une tumeur. Pas de modification de la peau, qui est lisse et mobile. Pas de peau d'orange.

La palpation montre une tumeur localisée lisse, en forme de galette, siégeant au-dessus du mamelon, du volume d'un poing, avec un petit diverticule au-dessus du mamelon. Cette tumeur est très mobile, non fixée par la contraction du grand pectoral, douloureuse à la palpation. Pas de ganglions axillaires.

Sein droit : La palpation montre la présence de nombreux petits noyaux durs.

Opération, le 15 janvier 1932, par M. le Professeur Guyot. Anesthésie générale à l'éther. Incision radiaire verticale dans le qua-

drant supérieur sur 5 centimètres de longueur, ablation de la tumeur. Drainage capillaire aux crins.

Pièce soumise à l'examen anatomo-pathologique, qui montre qu'il s'agissait d'un kyste sans caractère de malignité.

Actuellement, la malade, sortie le 28 janvier de l'hôpital, présente une cicatrice parfaite d'un effet esthétique satisfaisant.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme X..., 34 ans, vient à l'hôpital parce qu'elle a constaté une grosseur, il y a une vingtaine de jours, dans son sein gauche.

A l'examen, on constate un nodule induré de la grosseur d'une noisette, non douloureux, mobile, situé dans le quadrant inféro-interne de la glande. Pas de ganglions axillaires. Le sein droit est normal.

Pas d'antécédents.

Opération. — Anesthésie locale à la novocaïne au 1/100; incision verticale radiaire; extirpation de la tumeur; suture dermique.

L'examen anatomo-pathologique nous montre qu'il s'agissait d'un adéno-fibrome.

La malade est sortie de l'hôpital, et, depuis, il ne s'est pas produit de récidives; la cicatrice a presque disparu.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme X ..., 30 ans, consulte pour une grosseur développée dans le sein gauche.

Mariée, elle a eu quatre grossesses, dont l'une s'est terminée par une fausse-couche.

Dans ses antécédents, pas de maladie à signaler.

Examen. — Tumeur du sein gauche située dans le quadrant supéro-externe, ayant la grosseur d'une noisette; mobile sur les

plans profonds et non adhérente à la peau. Pas d'écoulement par le mamelon.

Pas d'adénopathie dans l'aisselle correspondante.

Rien à signaler dans l'autre sein ni dans l'autre aisselle.

On fait le diagnostic d'adéno-fibrome.

Opération. — Sous-anesthésie locale par injections de novocaïne à 1 p. 100, on pratique l'extirpation de la tumeur par une incision sous-mammaire.

Guérison complète. Pas de récurrence (depuis 1927).

Résultat esthétique satisfaisant. Cicatrice peu visible.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme X..., 27 ans, consulte pour deux tuméfactions apparues insidieusement dans son sein droit.

L'examen montre deux adéno-fibromes typiques : l'un, situé dans le quadrant supéro-externe de la glande, est gros comme une noix; l'autre, situé au-dessous, est de la grosseur d'une noisette.

Pas de ganglions axillaires.

Les tumeurs sont extirpées par une incision horizontale dans le sillon sous-mammaire sans anesthésie locale.

Résultats opératoires bons; résultat esthétique satisfaisant, la cicatrice est dissimulée.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme X..., opérée en mai 1927 d'un adéno-fibrome du sein gauche, présente, un mois après l'opération, un nouvel adéno-fibrome; le volume de la tumeur reste longtemps identique à lui-même.

L'examen montre une tumeur développée dans le quadrant inféro-interne, de la grosseur d'une noix; non adhérente à la peau; très mobile sur les plans profonds.

Pas de ganglions axillaires.

La tumeur est extirpée par une incision horizontale sous-mammaire. Bons résultats opératoires et esthétiques.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme X., 20 ans, opérée en novembre 1926 pour kyste de l'ovaire, revient consulter en juin 1927 pour une tumeur apparue dans son sein droit.

En dehors du kyste de l'ovaire, rien à signaler dans ses antécédents.

L'examen montre, dans le sein droit, la présence, dans le quadrant inféro-externe, d'une masse arrondie et libre sur les plans profonds, sauf au niveau de son pôle interne, qui présente un petit tractus. La masse roule sous les doigts et semble bien encapsulée, sans adhérence à la peau.

Pas de ganglion axillaire.

Pas d'écoulement par le mamelon.

L'autre sein ne présente rien d'anormal.

Exérèse par une incision sous-mammaire. On découvre un noyau d'aspect fibromateux, qui, à la section, montre un contenu plus ou moins mollasse, d'aspect blanchâtre.

Résultat esthétique excellent.

OBSERVATION VII.

(QUÉNU, de Paris. Présentation de malade à la Société de chirurgie, le 27 juin 1900.)

Le traitement de la maladie kystique du sein est assez fruste. C'est ce qui m'engage à vous présenter cette malade que j'ai opérée le 9 juin dernier en m'adressant à une méthode conservatrice. Cette malade, âgée de 43 ans, a eu deux grossesses, mais n'a jamais nourri et n'a eu aucun eczéma ni d'abcès du sein ou du mamelon.

Au mois d'avril de cette année, elle s'aperçut que son sein

gauche était le siège d'une petite tumeur grosse comme une noix occupant la demi-circonférence supérieure de l'organe. Cette tumeur provoquait de petites douleurs au moment des règles. Au commencement de mai, la tumeur doubla et devint plus douloureuse. Actuellement, le volume est celui d'une grosse orange, la surface est lisse, la mobilité est assez grande avec la peau et les parties profondes, sauf avec la partie supérieure de la glande, qui lui est adhérente. Aucune adénopathie. Mamelon normal.

Opération : Incision courbe inféro-interne, dissection du kyste sans l'ouvrir et, au niveau de l'adhérence, je tranchai dans le tissu glandulaire pour achever la libération. Sur deux tranches glandulaires ainsi sectionnées viennent sourdre de petites gouttes de liquides différents, tantôt claires, tantôt graisseuses. Je renverse la glande de façon à faire saillir sa face profonde, qui est lobulée, et je larde les tranches précédentes, de même que les petits lobules de la face profonde de la mamelle, avec la plus fine pointe d'un thermocautère. Cette cautérisation achevée, la face profonde de la glande prend l'aspect d'une écumoire. Je réunis alors par du catgut les deux tranches de section de la glande et fais une réunion superficielle également complète. Les suites furent absolument simples et la réunion obtenue par première intention.

La glande a conservé sa forme et la cicatrice est complètement dissimulée dans le pli sous-mammaire.

CONCLUSIONS

En résumé, nous pouvons grouper les incisions esthétiques du sein en deux grandes classes :

D'une part, les incisions antérieures;

D'autre part, celles qui longent les sillons.

Les premières, à savoir les incisions radiaires et les incisions péri et intra-aérolaires, donnent jour directement sur la face intérieure de la glande et suffiront souvent pour extirper les tumeurs uniques de petit ou de moyen volume jusqu'au volume du poing. Pour les cas de tumeurs multiples disséminées dans toute la glande, un délabrement cutané considérable serait nécessaire si on les abordait par ces voies; de même quand est nécessaire l'ablation de la glande. Il est préférable, alors, de respecter la peau du sein en utilisant les incisions du second groupe, suivies du rabattement du sein, qui permet d'aborder celui-ci par sa face profonde.

Vu. Pour le Doyen :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

Vu, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 février 1932.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

DUPONT.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — Société de médecine de Marseille, 5 février 1923.
- AXHAUSEN. — Die operation der Hängebrust. *Med. Klin*, sept. 1926.
- BAUMGARTNER (Amédée). — Maladie de la mamelle. Nouveau traité de chirurgie.
- BLOUD. — Ein Beitrag zu der Lehre von der Mamma hypertrophie. *Zentral. organ. f. d. ges. chir.*, 1924.
- CESARIS (Mario). — Spunti di chirurgia del prolasso mammario. *Bolletino della scienze mediche di Bologna*, sept. 1927.
- CELSE. — VII^e livre.
- CLAOUÉ. — Comptes rendus des séances de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, 1931.
- ESKSTEIN. — Discussion der Tagung der Berl. Ges. f. chirurgie, am. 14, v. 23. Referat i *Zentralbl. f. chir.*, 1923, n° 43.
- DARTIGUES. — Traitement du prolapsus mammaire. *Arch. franco-belges de chir.*, 4 avril 1923.
- C. R. II^e Congrès Soc. scient. franç. de chir. réparatrice plastique et esthétique, 2 et 3 oct 1931.
- DEKNER. — Mastopexie sur Beseitigung der Hängebrust. *Munch. med. Wochenschr.*, 1908.
- DUFOURMENTAL. — La mastopexie par déplacement sous-cutané avec transposition du mamelon. Soc. des chir. de Paris, 20 mars 1925. *Arch. franco-belges de chir.*, févr. 1928.
- EITNER (de Vienne). — Hänge bursplastik. *Wien. Med. Wochenschr.*, 1926.
- FRITZ-WILLIAMS. — Parenchymatöse hypertrophie der Brust. *Zentralbl. f. d. ges. chir.*, 1925.
- GAILLARD (Thomas). — *New York med. Journ.*, mars 1882.

- GLASS. — Mamma pendule, Beschwerden und Bustenhälter. *D. m. W.*, 1923.
- GLASSMER et AMRESBACH. — Technique de l'opération plastique des glandes mammaires. *Munch. Med. Wochenschr.*, 7 sept. 1928.
- GOSSELIN. — *Gaz. des hôp.*, 4 sept. 1877.
- GREENWOOD. — L'ablation des tumeurs bénignes du sein. *The Lancet*, 5 juill. 1930.
- GRIEG. — Brustdürsen hypertrophie in der Zeit der gaeschlechts-reife. *Zentrabl. organ. f. d. gen. chir.*, 1924.
- HIPPOCRATE. — OEUVRÉS.
- HOLLANDER. — Operation der Mamma hypertrophie und der Hängerbrust. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1924, n. 21.
- JOSEPH. — Zur operation der hypertrophie Hängebrust. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1923, n. 27.
- KUSTER. — Operation der Hangebrust. *Monatschr. f. Geburts. und Gynäk.*, 1926, Bd. 73.
- LABBÉ et COYNE. — Tumeurs du sein.
- LEXER-KRASKE. — Operation der atrophischen und « hypertropischen Hangebrust ». *Münch. med. Wochenschr.*, 1912, n. 49.
- LECÈNE et GALTIER. — Remarques sur le traitement chirurgical des tumeurs intracaniculaires du sein. *Journ. de chir.*, 1931.
- LETULLE (Maurice). — Tumeurs bénignes de la mamelle. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, nov. 1912.
- LOTSCH. — Sur le traitement plastique du sein pendant. *Zentralbl. f. chir.*, 1923.
- MALINIAK. — Pendulons Breast etiological factors and surgical treatment. *C. R. II^e Congrès. Soc. scient. franç. de chir. réparatrice, plastique et esthétique*.
- MARQUES. — Doppelseitige mamma hypertrophie. *Zentralbl. organ. f. d. ges. chir.*, 1922.
- MORESTIN. — Hypertrophie mammaire unilatérale corrigée par la résection des discoïdes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 20 oct. 1909.
- NOEL (Mme le docteur). — Aesthetische chirurgie der Weiblichen Brust. *Med. Welt.*, 1928, n. 13.

- NOEL (Mme le docteur) et LOPEZ-MARTINEZ. — Correction du prolapsus mammaire. *Arch. franco-belges de chir.*, févr. 1928.
- PASCALIS. — Sur un cas d'adéno-fibrome diffus de la mamelle. *Presse médicale*, 1^{er} avril 1925.
- PASSOT. — Correction esthétique des seins tombants par transposition du mamelon. *Presse médicale*, t. 33, n. 20, 1925.
- POUSSOT. — De la mastopexie. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, Bd. 23.
- QUENU. — Soc. de chir., 27 juin 1900.
- STILLEMANN (Mlle). — Le traitement esthétique des abcès du sein par la méthode du docteur Chapuits. Thèse Paris, 1919-1920.
- THORET (Max). — *New York med. Journ.*, 15 nov. 1922.
- VERSCHERE. — Mastopexie latérale contre la mastoptose hypertrophique. *Médecine moderne*, 1898, n. 18.
- VILLANDRE. — Cité par Dartigues in *Arch. franco-belges de chir.*, avril 1925.
- VILLEMIN. — Précis d'anatomie topographique.

